



TIÊU ĐỀ:		Hỗ Trợ Tài Chính
Các chi nhánh sau đây của MemorialCare đã áp dụng chính sách này: <input checked="" type="checkbox"/> Chính Sách và Thủ Tục hoặc <input type="checkbox"/> (Chỉ có) Chính Sách hoặc <input type="checkbox"/> (Chỉ có) Thủ Tục	<input type="checkbox"/> MemorialCare Shared Services <input checked="" type="checkbox"/> Long Beach Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Miller Children's & Women's Hospital Long Beach <input checked="" type="checkbox"/> Orange Coast Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> Saddleback Medical Center <input checked="" type="checkbox"/> MemorialCare Medical Foundation <input type="checkbox"/> Seaside Health Plan <input type="checkbox"/> Memorial Medical Center Foundation <input type="checkbox"/> Saddleback Memorial Foundation	THAM CHIẾU: FP-236
		TRANG: 1 /: 10
		NGÀY CÓ HIỆU LỰC: 2023-06-28
HƯỚNG DẪN:	MC/Tài chính-Mua hàng	
CHỦ SỞ HỮU:	Phòng Tài Chính	

I. CHÍNH SÁCH

- A. Mục đích của Chính Sách này là thiết lập quy trình nhằm cung cấp sự hỗ trợ tài chính cho dịch vụ chăm sóc mà các bệnh viện của MemorialCare Health Services (MHS) cung cấp cho những bệnh nhân có khả năng giới hạn hoặc không có khả năng chi trả toàn bộ các khoản phí phải trả cho dịch vụ chăm sóc cho họ. Chính Sách này áp dụng cho mỗi bệnh viện hoàn toàn thuộc sở hữu của MHS.
- B. MHS cung cấp sự hỗ trợ tài chính cho những bệnh nhân có thu nhập thấp hội đủ điều kiện không thể chi trả cho các dịch vụ được cung cấp bởi một bệnh viện thuộc sở hữu và được điều hành bởi MHS, trong phạm vi mà các dịch vụ được bệnh viện cung cấp không được đài thọ hay bồi hoàn bởi bất kỳ chương trình nào của chính quyền bang hay liên bang, chẳng hạn như Medicare, Medi-Cal, hoặc các chương trình dành cho người nghèo của quận hoặc bất kỳ bên chi trả thứ ba nào khác.
- C. Bất kể khả năng thanh toán hay khả năng hội đủ điều kiện của bệnh nhân theo Chính Sách này, các bệnh viện của MHS sẽ vẫn cung cấp dịch vụ chăm sóc y tế khẩn cấp cho mọi cá nhân trong phạm vi mà bệnh viện của MHS có khả năng hợp lý để thực hiện điều đó.
- D. Chính Sách Hỗ Trợ Tài Chính có thể áp dụng cho bệnh nhân không có bảo hiểm, cũng như trách nhiệm pháp lý của bệnh nhân đối với bệnh nhân có bảo hiểm, bao gồm các khoản phí được xác định là không có bảo hiểm cho thời gian nằm viện, đồng bảo hiểm, đồng thanh toán, số tiền khấu trừ và các khoản nợ khác đối với các dịch vụ bệnh viện cần thiết về mặt y tế.
- E. Khả năng hội đủ điều kiện cho hình thức từ thiện này được xác định theo thu nhập của bệnh nhân liên quan đến các yêu cầu FPL như được xác định trong Phần A - Tính Hội Đủ Điều Kiện.

II. CÁC ĐỊNH NGHĨA

- A. **Công Cụ Tính Điểm Dự Đoán Tự Động (Automatic Predictive Scoring Tool, APST):** một điểm số xếp hạng hỗ trợ thanh toán điện tử, ước tính tỉ lệ Mức Nghèo Khó Liên Bang (Federal Poverty Level, FPL) và hỗ trợ việc đánh giá và xác định các tiêu chí điều kiện tham gia chương trình.
- B. **Mức Nghèo Của Liên Bang (Federal Poverty Level, FPL):** hướng dẫn về mức nghèo được cập nhật định kỳ trong Sổ Đăng Ký Liên Bang bởi Bộ Y Tế và Dịch Vụ Nhân Sinh Hoa Kỳ căn cứ theo quy định trong phụ mục (2) của Phần 9902, Tiêu Đề 42, Bộ Luật Hoa Kỳ.
- C. **Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính:** Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của MHS dành cho các bệnh nhân không thể chi trả cho bất kỳ dịch vụ chăm sóc nào được một bệnh viện của MHS cung cấp cho họ.
- D. **Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần:** dịch vụ chăm sóc miễn phí trong đó bệnh nhân hoàn toàn không phải trả khoản gì.
- E. **Chi Phí Y Tế Cao:** 1. Chi phí y tế tự chi trả hàng năm vượt quá mức dưới 10% thu nhập gia đình hiện tại hoặc thu nhập gia đình của bệnh nhân trong 12 tháng trước đó; hoặc 2. chi phí tự chi trả hàng năm vượt quá 10% thu nhập của gia đình bệnh nhân, nếu bệnh nhân cung cấp tài liệu về chi phí y tế của bệnh nhân do bệnh nhân hoặc gia đình bệnh nhân thanh toán trong 12 tháng trước.
- F. **Hộ Gia Đình hoặc Gia Đình của Bệnh Nhân:** 1. Đối với người 18 tuổi trở lên, người phối ngẫu, bạn sống chung và các con phụ thuộc dưới 21 tuổi, cho dù có sống ở nhà hay không. 2. Đối với người dưới 18 tuổi, cha mẹ, người thân chăm sóc, và các con khác dưới 21 tuổi của cha mẹ hoặc người thân chăm sóc.
- G. **Thu Nhập của Hộ Gia Đình hoặc Thu Nhập của Gia Đình Bệnh Nhân:** lương và phúc lợi bổ sung dưới hình thức tiền, tài sản hoặc dịch vụ. Nói chung, thu nhập gộp gồm có mọi thứ nhận được dưới dạng thanh toán cho các dịch vụ cá nhân, chẳng hạn như lương chịu thuế liên bang, thu nhập tự kinh doanh, Thu Nhập An Sinh Xã Hội, thu nhập hưu trí hay lương hưu, thu nhập đầu tư, thu nhập tiền thuê nhà và tác quyền.
- H. **Bệnh Nhân Có Bảo Hiểm:** bệnh nhân có một bên thanh toán thứ ba đối với tất cả hoặc một phần chi phí y tế của họ.
- I. **Hỗ Trợ Tài Chính Một Phần hay Hỗ Trợ Tài Chính cho Người Có Thu Nhập Thấp (Low-Income Financial Assistance, LIFA):** bệnh nhân không đủ điều kiện được Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần (chăm sóc miễn phí) nhưng đủ điều kiện được giảm giá và có thể chỉ phải thanh toán một phần hóa đơn.
- J. **Bệnh Nhân:** bên có trách nhiệm tài chính đối với các dịch vụ được cung cấp.
- K. **Đủ Điều Kiện Giả Định Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần:** dư nợ hiện tại của bệnh nhân đủ điều kiện được Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần đối với các dịch vụ hiện tại dựa trên thông tin mà MHS đã thu thập hoặc đánh giá mà không trông đợi bệnh nhân cung cấp tất cả thông tin được yêu cầu bởi quy trình đăng ký bình thường. Quyết định có thể gồm có dựa vào một quyết định trước đây của MHS, thông tin được cung cấp bởi một người chăm sóc khác của bệnh nhân, hoặc đánh giá chung về thông tin mà MHS có được.
- L. **Thu Nhập An Sinh Bổ Sung (Supplemental Security Income, SSI):** các phúc lợi hàng tháng được thanh toán cho những người có thu nhập và nguồn thu hạn chế, và là người bị khuyết tật, khiếm thị, hoặc từ 65 tuổi trở lên.
- M. **Không Thể Lập Hóa Đơn:** bệnh nhân đã nhận được các dịch vụ nhưng MHS không thể lập hóa đơn cho bệnh nhân vì thiếu thông tin hoặc thông tin không chính xác, không có hợp đồng, v.v.
- N. **Bệnh Nhân Không Có Bảo Hiểm hoặc Tự Thanh Toán:** bệnh nhân không có một bên thanh toán thứ ba đối với bất kỳ phần nào của các chi phí y tế của họ bao gồm bệnh nhân đã sử dụng hết các phúc lợi trong tất cả các nguồn thanh toán có thể có.

III. THỦ TỤC

A. Tính hội đủ điều kiện – Bệnh nhân có trách nhiệm cố gắng hết sức để cung cấp đầy đủ thông tin hợp lý và cần thiết để MHS đưa ra quyết định về hỗ trợ tài chính toàn phần hoặc một phần.

1. **Điều Kiện Tham Gia Giả Định Để Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần:**

MHS công nhận rằng một phần trong nhóm bệnh nhân có bảo hiểm và không có bảo hiểm có thể không được trang bị tốt để tham gia quy trình đăng ký hỗ trợ tài chính truyền thống. Trong các trường hợp nhất định, trong đó bệnh nhân không cung cấp thông tin cần thiết, MHS có thể đưa ra giả định hợp lý dựa trên Công Cụ Tính Điểm Dự Đoán Tự Động (APST) để xác định điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần của bệnh nhân. MHS sẽ gán một số dư hiện tại của bệnh nhân cho điều kiện giả định mà không có đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính nếu MHS có thể xác định hợp lý rằng (i) thu nhập ước tính của hộ gia đình của bệnh nhân là thấp hơn hoặc bằng 250% các quy định FPL hiện tại hoặc (ii) áp dụng một trong các tình huống sau đây:

- a) Bệnh nhân hội đủ điều kiện tham gia một chương trình đủ điều kiện chăm sóc người nghèo khác, chẳng hạn như Medi-Cal, Medi-Cal Có Quản Lý, Medicaid hoặc chương trình hỗ trợ khác do chính phủ tài trợ dành cho người có thu nhập thấp. Các dịch vụ không được bảo hiểm và bị từ chối cung cấp cho những người thụ hưởng đủ điều kiện Medicaid được coi là một hình thức chăm sóc từ thiện. Những người thụ hưởng Medicaid không chịu trách nhiệm về bất kỳ hình thức trách nhiệm tài chính nào của bệnh nhân và tất cả các khoản phí liên quan đến các dịch vụ không được chi trả, bao gồm tất cả các trường hợp bị từ chối, đều là chăm sóc từ thiện. Ví dụ có thể bao gồm, nhưng không giới hạn ở:
 - (1) Các dịch vụ nội trú bị từ chối
 - (2) Các dịch vụ ngoại trú bị từ chối, bao gồm các dịch vụ tại Phòng Cấp Cứu
 - (3) Các dịch vụ không được bảo hiểm
 - (4) Từ chối cho phép điều trị
 - (5) Các khoản phí liên quan đến số ngày vượt quá giới hạn thời gian lưu trú
- b) Từ chối do các hạn chế về bảo hiểm, bao gồm Quy Tắc Hỗ Trợ Hạn Chế của Medi-Cal (tức là bệnh nhân chỉ có thể nhận được phúc lợi mang thai hoặc cấp cứu nhưng được chăm sóc tại bệnh viện khác)
- c) Tài khoản đang chờ Medicaid
- d) Các yêu cầu thanh toán Medicaid ngoài tiểu bang “không thanh toán” (tức là các yêu cầu thanh toán Medicaid ngoài tiểu bang không thể được lập hóa đơn do thiếu thỏa thuận với nhà cung cấp với tiểu bang hiện hành)
- e) Bệnh nhân bị khuyết tật và có hồ sơ SSI được chuyển cho người xem xét khuyết tật
- f) Bệnh nhân qua đời và không có di sản xác định được hoặc tài sản cho thấy tình trạng mất khả năng thanh toán
- g) Bệnh nhân không có nhà ở hoặc được cho biết là vô gia cư
- h) Bệnh nhân đã bị tuyên bố phá sản bởi một Tòa Án Liên Bang Về Phá Sản trong vòng năm ngoái; hoặc bị tuyên bố phá sản vào bất kỳ thời điểm nào trong quy trình thu hồi nợ.

- i) Không thể gửi hóa đơn đối với các dịch vụ được cung cấp bởi bệnh viện của MHS

2. Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần:

- a) Các bệnh nhân hội đủ điều kiện sẽ có thể nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần nếu đáp ứng cả hai yêu cầu sau đây, ngoài tất cả các yêu cầu khác về khả năng hội đủ điều kiện của Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính:
 - (1) Thu nhập của gia đình bệnh nhân bằng hoặc dưới 250% hướng dẫn FPL hiện hành; và
 - (2) Các tài sản bằng tiền của bệnh nhân không đủ để chi trả cho các dịch vụ được cung cấp. Các tài sản bằng tiền bao gồm những tài sản dễ dàng chuyển được thành tiền mặt như tài khoản ngân hàng và cổ phiếu được mua bán công khai. Tài sản bằng tiền không bao gồm những tài sản sau:
 - (a) Nơi cư trú chính và các tài sản hữu hình nhất định khác
 - (b) \$10.000 đầu tiên của tài sản bằng tiền và 50% lượng tài sản bằng tiền sau \$10.000 đầu tiên
 - (c) Tất cả quỹ lương hưu và bồi thường chậm trả
- b) Tài liệu về thu nhập của bệnh nhân sẽ được giới hạn ở các cuống chi phiếu mới đây hoặc tờ khai thuế thu nhập. Việc đánh giá các tài khoản bằng tiền của bệnh nhân sẽ tính đến cả giá trị tài sản và số tiền nợ đối với tài sản để xác định liệu giá trị thực tế tiềm tàng có khả năng thỏa mãn nghĩa vụ thanh toán của bệnh nhân hay không. Bệnh nhân có thể được yêu cầu ủy quyền để thu thập thông tin về tài khoản từ các tổ chức tài chính hoặc thương mại, hoặc các thực thể khác giữ các tài sản bằng tiền, để xác minh giá trị của chúng.
- c) Bất kỳ bệnh nhân nào từ chối tiết lộ các tài sản bằng tiền của họ, ngoài trường hợp hội đủ điều kiện dự kiến để nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần, sẽ tự động trở thành không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần nhưng vẫn hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính Một Phần.

3. Hỗ Trợ Tài Chính Một Phần:

- a) Các bệnh nhân hội đủ điều kiện sẽ có thể nhận LIFA nếu đáp ứng các yêu cầu sau đây, ngoài tất cả các yêu cầu khác về khả năng hội đủ điều kiện của Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính:
 - (1) Thu nhập của gia đình bệnh nhân bằng hoặc dưới 400% hướng dẫn FPL hiện hành; và
 - (2) Bệnh nhân không hội đủ điều kiện nhận Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần.
- b) Tài liệu về thu nhập của bệnh nhân sẽ được giới hạn ở các cuống chi phiếu mới đây hoặc tờ khai thuế thu nhập. Các tài sản sẽ không được xem xét.
- c) Trong mọi trường hợp bệnh nhân đủ điều kiện LIFA chứ không phải Hỗ Trợ Tài Chính Toàn Phần, bệnh nhân sẽ không bị MHS tính nhiều hơn “số tiền hóa đơn bình thường” đối với dịch vụ cấp cứu hoặc chăm sóc khác cần thiết về mặt y tế. “Số tiền hóa đơn bình thường” được tính như sau:
 - (1) Nếu các dịch vụ không được đài thọ bởi một bên chi trả thứ ba, nghĩa vụ thanh toán của bệnh nhân hội đủ điều kiện

nhận LIFA sẽ là 100% tổng khoản thanh toán dự tính (bao gồm cả khoản đồng thanh toán và các khoản khấu trừ) mà chương trình Medicare sẽ trả cho dịch vụ đó nếu bệnh nhân là người thụ hưởng Medicare, hoặc 20% các khoản phí phải trả nếu dịch vụ được cung cấp không được đài thọ theo chương trình Medicare. Nghĩa vụ thanh toán sẽ không vượt quá 100% tổng chi phí.

- (2) Nếu các dịch vụ được đài thọ bởi một bên chi trả thứ ba, và bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận LIFA chỉ có trách nhiệm trả một phần các khoản phí phải trả, thì nghĩa vụ thanh toán của bệnh nhân sẽ là phần chênh lệch của:
- (a) 100% tổng khoản thanh toán dự tính (bao gồm cả khoản đồng thanh toán và các khoản khấu trừ) mà chương trình Medicare sẽ phải trả cho dịch vụ đó nếu bệnh nhân là người thụ hưởng Medicare, và khoản thanh toán của bên thanh toán cho các dịch vụ.
 - (b) Nếu khoản thanh toán của bên thanh toán thứ ba cao hơn khoản thanh toán dự kiến từ Medicare, sẽ không áp dụng hoàn tiền.

B. Khả Năng Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính/Các Trường Hợp Hội Đủ Điều Kiện Khác

1. Khả năng hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính được quyết định sau khi bệnh nhân xác minh khả năng hội đủ điều kiện theo các tiêu chí nêu trong chính sách này.
 - a) Các bệnh nhân có đơn đăng ký đang chờ xử lý cho một chương trình bảo hiểm sức khỏe được chính phủ tài trợ cũng hội đủ điều kiện nộp đơn tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.
 - b) Khả năng hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính sẽ được xác định duy nhất bởi khả năng chi trả của bệnh nhân và sẽ không dựa trên tuổi tác, giới tính, khuynh hướng tình dục, dân tộc, nguồn gốc quốc gia, tình trạng cựu chiến binh, khuyết tật hoặc tôn giáo theo bất kỳ hình thức nào.
 - c) Khi đánh giá tất cả các yếu tố liên quan đến hoàn cảnh lâm sàng, cá nhân và nhân khẩu của bệnh nhân, và giấy tờ thay thế (bao gồm thông tin có thể được cung cấp bởi các tổ chức từ thiện khác), bệnh nhân có thông tin hạn chế để đăng ký hoặc không có dữ liệu tài chính của bệnh nhân cung cấp cho MHS không cản trở điều kiện nhận hỗ trợ tài chính.
 - d) MHS có thể quyết định một bệnh nhân là đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính toàn phần hay bán phần bằng cách đưa ra những giả định hợp lý về thu nhập của hộ gia đình của bệnh nhân
2. Hỗ trợ tài chính có thể bị từ chối khi bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm về tài chính khác không đáp ứng các yêu cầu của Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.
3. Trong trường hợp xảy ra tranh chấp liên quan đến khả năng hội đủ điều kiện hoặc tư cách nhận hỗ trợ tài chính, bệnh nhân có thể nộp đơn yêu cầu xem xét lại bằng văn bản cho Phó Chủ Tịch của Phòng Dịch Vụ Hỗ Trợ Tài Chính Bệnh Nhân MHS (MHS Patient Financial Services Department, PFS).

C. Đăng Ký Hỗ Trợ Tài Chính

1. Bệnh nhân có thể đăng ký hỗ trợ tài chính từ một bệnh viện của MHS bằng cách nộp đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính đã hoàn thành.
 - a) Có thể nộp đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính trước khi dịch vụ được cung cấp, trong thời gian nằm viện, hoặc sau khi các dịch vụ được hoàn tất và bệnh nhân đã xuất viện.
 - b) Nói chung, đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính sẽ không được chấp nhận nếu nộp chậm quá 240 ngày sau khi lập hóa đơn đầu tiên sau ngày xuất viện, ngoại trừ trường hợp theo quy định của 26 C.F.R. § 1.501(r) 6(c).
 - c) Mỗi bệnh viện của MHS sẽ hỗ trợ bệnh nhân hoàn thành đơn đăng ký tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính nếu họ cần và cũng sẽ hướng dẫn và/hoặc hỗ trợ trực tiếp bệnh nhân khi cần để tạo điều kiện cho họ hoàn thành các đơn đăng ký chương trình dành cho người thu nhập thấp của chính phủ khi bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện.
 - d) Trong trường hợp bệnh nhân đã nộp đơn đăng ký không hoàn chỉnh, Bệnh Viện MHS sẽ(:?)
 - (1) Thông báo cho bệnh nhân bằng văn bản rằng đơn đăng ký Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của họ chưa đầy đủ, bao gồm danh sách các mục và thông tin còn tồn đọng,
 - (2) Đề nghị hỗ trợ hoàn thành đơn đăng ký và
 - (3) Sau khi cung cấp hỗ trợ như vậy, hãy cho phép bệnh nhân ba mươi (30) ngày để hoàn thành và gửi lại đơn đăng ký cùng với thông tin bổ sung và các mục cần thiết rồi gửi lại.
2. Như một phần của đơn đăng ký tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính, bệnh nhân phải cung cấp các mục sau:
 - a) Nộp tất cả thông tin yêu cầu và giấy tờ cần thiết để xác định xem bệnh nhân đó có thu nhập gia đình (bao gồm cả tờ khai thuế thu nhập hoặc cuống chi phiếu có chứng nhận) và/hoặc các tài sản bằng tiền đủ để chi trả cho các dịch vụ hay không; và
 - b) Ủy quyền để lấy báo cáo tín dụng cho bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm.
3. Các bệnh nhân nộp đơn đăng ký hỗ trợ tài chính sẽ được gửi qua đường bưu điện một bản thông báo chấp thuận hoặc từ chối hỗ trợ tài chính trong vòng 10 ngày làm việc kể từ ngày bệnh viện của MHS nhận được hồ sơ hoàn chỉnh với tất cả tài liệu cần thiết.
4. MHS dựa trên thực tế là thông tin mà bệnh nhân trình lên là đầy đủ và chính xác. Việc cung cấp hỗ trợ tài chính không loại trừ quyền lập hóa đơn, dù là trước hoặc tại thời điểm nhận dịch vụ, cho tất cả các dịch vụ khi thông tin gian lận, không chính xác hoặc không đầy đủ được cung cấp. Ngoài ra, bệnh viện của MHS bảo lưu quyền tìm mọi sự đền bù, bao gồm nhưng không chỉ giới hạn ở thiệt hại dân sự và hình sự từ những người đã cung cấp thông tin gian lận, không chính xác hoặc không đầy đủ nhằm hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính.
5. Phải thừa nhận rằng nhu cầu nhận hỗ trợ tài chính là vấn đề nhạy cảm và mang tính cá nhân sâu sắc đối với người nhận. Nhân viên bệnh viện của MHS sẽ giữ bí mật tất cả các đơn yêu cầu, thông tin và số tiền cấp cho các bệnh nhân xin hoặc nhận hỗ trợ tài chính.
6. Sau khi hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính được quyết định, thì quyết định đó sẽ duy trì hiệu lực trong thời hạn là 6 tháng.

Sau 6 tháng, bệnh nhân sẽ cần phải đăng ký lại để được xem xét tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính và bệnh viện của MHS sẽ quyết định xem bệnh nhân đó có tiếp tục hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không ngay sau khi bệnh nhân nộp đủ thông tin được yêu cầu phù hợp. Các khoản chiết khấu theo Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính sẽ chỉ áp dụng cho các dịch vụ bệnh viện mà sự hỗ trợ tài chính đã được yêu cầu và phê duyệt, và các dịch vụ bệnh viện khác được cung cấp trong vòng 6 tháng sau phê duyệt, trừ khi được bệnh viện MHS quyết định khác đi theo quyền quyết định riêng của họ.

D. Cách Thực Hiện Lập Hóa Đơn và Thu Tiền

1. Nếu một bệnh nhân hội đủ điều kiện cho các khoản thanh toán có chiết khấu theo chương trình LIFA, bệnh viện của MHS sẽ thương lượng với bệnh nhân để lập một kế hoạch thanh toán kéo dài, có tính đến thu nhập và các chi phí sinh hoạt thiết yếu của gia đình bệnh nhân. Nếu bệnh viện của MHS và bệnh nhân không thể đồng thuận về kế hoạch thanh toán dài hạn, bệnh viện của MHS sẽ lập một kế hoạch thanh toán hợp lý trong đó các khoản thanh toán hàng tháng không vượt quá 10% thu nhập của gia đình bệnh nhân trong một tháng, thấp hơn các chi phí sinh hoạt thiết yếu. "Các chi phí sinh hoạt thiết yếu" có nghĩa là các chi phí cho bất kỳ khoản nào sau đây: thuê hoặc trả tiền và bảo trì nhà cửa, thực phẩm và đồ dùng trong nhà, tiện nghi và điện thoại, quần áo, chi phí y tế và nha khoa, bảo hiểm, học hành và chăm sóc trẻ nhỏ, hỗ trợ cho trẻ nhỏ hoặc người hôn phối, đi lại và chi phí cho xe cộ, bao gồm cả bảo hiểm, khí gas và sửa chữa, lắp đặt, giặt là và vệ sinh, và các chi phí khác. Tất cả các kế hoạch thanh toán kéo dài sẽ được miễn lãi suất.
2. Nếu một bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính Sách này thực hiện thanh toán cho một bệnh viện của MHS vượt quá số tiền mà bệnh nhân đó được quyết định phải có trách nhiệm chi trả, khoản tiền trả thừa, bao gồm cả lãi suất được dồn lại ở mức 10% một năm bắt đầu vào ngày nhận được khoản tiền trả thừa, sẽ được lập tức trả lại cho bệnh nhân. Không bắt buộc phải hoàn trả cho bệnh nhân hoặc trả lãi suất nếu số tiền phải trả ít hơn \$5,00 nhưng sẽ phải cung cấp cho bệnh nhân một khoản tín dụng cho số tiền phải trả trong vòng ít nhất 30 ngày từ ngày số tiền đó đến hạn phải trả.
3. Trong trường hợp một bệnh nhân hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính theo Chính Sách này không chi trả toàn bộ khoản tiền còn lại mà bệnh nhân có trách nhiệm chi trả, bệnh viện của MHS, theo quyền định đoạt riêng và độc quyền của mình, có thể sử dụng bất kỳ hoặc tất cả các cách thích hợp để thu số tiền chưa thanh toán (hoặc trực tiếp hoặc thông qua một đối tác thu hộ bên ngoài) mà vẫn tuân thủ Bộ Luật Dân Sự California Mục 1788.145 và Bộ Luật Y Tế và An Toàn California 127400 và tiếp theo. Trước khi bắt đầu bất kỳ hoạt động thu tiền nào, bệnh viện của MHS hoặc cơ quan thu hộ bên ngoài tìm cách thu hộ nợ thay mặt cho MHS sẽ gửi cho bệnh nhân một bản thông báo tóm tắt quyền lợi của bệnh nhân theo luật Chính Sách Định Giá Công Bằng Cho Bệnh Viện, Đạo Luật Đòi Nợ Công Bằng Rosenthal California và Đạo Luật Đòi Nợ Công Bằng Liên Bang.
4. Các bệnh nhân đang trong quá trình thẩm định tư cách nhận hỗ trợ tài chính từ chính phủ hoặc Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính MHS sẽ không bị giao cho cơ quan thu nợ trước 120 ngày kể từ ngày lập hóa đơn đầu tiên sau xuất viện. Nếu một bệnh nhân đang nỗ lực để hội đủ điều kiện tham gia Chương Trình Hỗ Trợ Tài Chính của bệnh viện của MHS và đang nỗ lực có thiện ý để

giải quyết một hóa đơn chưa được chi trả với bệnh viện của MHS bằng cách thương lượng một kế hoạch thanh toán kéo dài hoặc bằng cách thanh toán thành nhiều đợt định kỳ với một khoản tiền hợp lý, bệnh viện của MHS sẽ không gửi hóa đơn chưa thanh toán tới bất kỳ đối tác thu hộ nào hoặc bên được ủy quyền khác, trừ khi thực thể đó đã đồng ý tuân thủ các hướng dẫn nêu trong Mục 127400 và tiếp theo của Bộ Luật Y Tế và An Toàn California. (1?) những bệnh nhân có hoặc không có bảo hiểm, những người mà theo quyền định đoạt riêng của bệnh viện của MHS đang phối hợp một cách hợp lý để giải quyết một hóa đơn chưa được chi trả của bệnh viện bằng cách thực hiện các khoản thanh toán hợp lý thành nhiều đợt định kỳ để trả cho hóa đơn chưa được chi trả của bệnh viện, sẽ không bị chuyển cho đối tác thu hộ bên ngoài vì nếu làm như vậy sẽ gây ảnh hưởng tiêu cực lên tín dụng của bệnh nhân. Những bệnh nhân thông báo rằng họ có một kháng cáo về việc đòi nợ các dịch vụ đang chờ giải quyết sẽ không bị chuyển tiếp cho bộ phận thu nợ cho đến khi quyết định cuối cùng của kháng cáo đó được đưa ra.

5. Bất kỳ kế hoạch thanh toán kéo dài nào có thể được công bố không còn hiệu lực sau khi bệnh nhân không trả tiền cho tất cả các khoản thanh toán liên tiếp trong khoảng thời gian 90 ngày. Trước khi công bố kế hoạch thanh toán kéo dài không còn hiệu lực, bệnh viện của MHS sẽ thực hiện một nỗ lực hợp lý nhằm liên hệ với bệnh nhân qua điện thoại và gửi cho họ một thông báo bằng văn bản rằng kế hoạch thanh toán kéo dài có thể trở nên mất hiệu lực, và cơ hội thương lượng lại kế hoạch thanh toán kéo dài. Nhằm các mục đích nêu trong đoạn này, thông báo và cuộc gọi điện thoại tới bệnh nhân có thể được thực hiện tới số điện thoại và địa chỉ mà bệnh nhân cung cấp gần đây nhất. Trước khi kế hoạch thanh toán kéo dài được tuyên bố mất hiệu lực, bệnh viện của MHS sẽ cố gắng thương lượng lại các điều khoản của kế hoạch thanh toán kéo dài, nếu bệnh nhân yêu cầu. Bệnh viện của MHS sẽ không báo cáo thông tin bất lợi cho cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng hoặc khởi kiện dân sự chống lại bệnh nhân hoặc bên chịu trách nhiệm vì không thanh toán bất kỳ lúc nào trong vòng 180 ngày sau khi lập hóa đơn đầu tiên sau xuất viện hoặc trước thời điểm mà kế hoạch thanh toán kéo dài được tuyên bố là không còn hiệu lực.
6. Bệnh viện của MHS sẽ thực hiện các nỗ lực hợp lý (như mô tả thêm trong 26 C.F.R. Mục 501(r)-6(a)) nhằm quyết định xem một người có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không trước khi tiến hành, hoặc trực tiếp hoặc gián tiếp, bất kỳ hành động đòi nợ nào sau đây: báo cáo thông tin bất lợi về bệnh nhân cho các cơ quan báo cáo tín dụng người tiêu dùng; khởi kiện dân sự chống lại bệnh nhân; áp đặt quyền giữ tài sản của bệnh nhân; tịch thu bất động sản của bệnh nhân; hoặc yêu cầu thanh toán trước khi cung cấp dịch vụ chăm sóc không khẩn cấp vì bệnh nhân còn hóa đơn chưa được chi trả cho dịch vụ chăm sóc được cung cấp trước đây. Trong bất kỳ trường hợp nào, bệnh viện của MHS cũng sẽ không sử dụng việc khấu trừ lương hoặc giữ tài sản đối với nhà ở chính như là một cách thu nợ. PFS sẽ đóng vai trò là cơ quan cuối cùng trong việc quyết định rằng bệnh viện của MHS đã thực hiện các nỗ lực hợp lý để quyết định liệu một bệnh nhân có hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính hay không và do đó có thể tiến hành các hoạt động thu nợ mô tả ở trên.
7. Phát Hiện Tính Hội Đủ Điều Kiện Nhận Hỗ Trợ Tài Chính Của Bệnh Nhân Trong Quá Trình Thu Nợ - Mặc dù MemorialCare cố gắng xác định hỗ trợ tài chính của bệnh nhân càng gần thời điểm nhận dịch vụ càng tốt, trong một số

trường hợp, cần phải điều tra thêm để xác định tính đủ điều kiện. Một số bệnh nhân đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính có thể chưa được xác định trước khi bắt đầu hành động thu nợ bên ngoài. Các cơ quan thu nợ của MemorialCare phải được thông báo về khả năng này và được yêu cầu gửi lại các tài khoản của bệnh nhân có thể hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính. Khi phát hiện ra rằng một tài khoản hội đủ điều kiện nhận hỗ trợ tài chính, MemorialCare sẽ xóa tài khoản đó khỏi nợ khó đòi và ghi lại khoản giảm phí tương ứng dưới dạng chăm sóc từ thiện.

- E. Nhà Cung Cấp Bên Thứ Ba Theo luật định, các bác sĩ cấp cứu cung cấp dịch vụ y tế khẩn cấp tại bất kỳ bệnh viện nào của MHS bắt buộc phải khấu trừ cho các bệnh nhân không có bảo hiểm hoặc bệnh nhân có chi phí y tế cao mà thu nhập gia đình của họ bằng hoặc thấp hơn 400% FPL. Những bác sĩ cung cấp dịch vụ chăm sóc tại các bệnh viện của MHS là những bác sĩ độc lập và không phải là nhân viên hoặc người đại diện của MHS. Bệnh viện của MHS không cung cấp hỗ trợ tài chính dành cho bệnh nhân cho các khoản phí chuyên môn được tính bởi bác sĩ và nhà cung cấp bên thứ ba khác cho các dịch vụ của họ, ngay cả nếu những dịch vụ đó đã được cung cấp tại bệnh viện của MHS. Tuy nhiên, trong phạm vi mà các nhà cung cấp là bác sĩ bên thứ ba được hợp đồng để cung cấp các dịch vụ cần thiết về y tế tại một bệnh viện của MHS, các nhà cung cấp bên thứ ba đó có thể bị ràng buộc bởi Chính Sách này. Phụ Lục A, có thể được cập nhật liên tục, liệt kê các nhà cung cấp bên thứ ba tại mỗi bệnh viện của MHS có nghĩa vụ tuân thủ Chính Sách này. Chính Sách này sẽ không áp dụng cho bất kỳ nhà cung cấp bên thứ ba nào khác.
- F. Các Trường Hợp Loại Trừ và Giới Hạn đối với Một Số Thủ Thuật. MHS có quyền từ chối hỗ trợ tài chính có hiệu lực về sau liên quan đến các bệnh nhân sử dụng dịch vụ phẫu thuật hoặc phẫu thuật thẩm mỹ mang tính chọn lọc, phi cấp cứu, không cần thiết về mặt y tế, đã lên lịch trước, hoặc bệnh nhân phẫu thuật quốc tế phi cấp cứu, không cần thiết về mặt y tế, dựa trên nhu cầu của MHS trong việc phân bổ nguồn lực tài chính và y khoa của nó trừ phi được cho phép trước theo cách khác.
- G. Thông Báo Bằng Văn Bản về Chính Sách Thanh Toán Chiết Khấu và Chăm Sóc Từ Thiện của Bệnh Viện MHS. Mỗi bệnh viện MHS phải cung cấp cho tất cả bệnh nhân của mình một thông báo bằng văn bản về các khoản thanh toán giảm giá của bệnh viện và các chính sách chăm sóc từ thiện tuân thủ, cùng với những yêu cầu khác, các yêu cầu được nêu trong Bộ Luật An Toàn và Sức Khỏe California (California Health and Safety Code) Mục 127410.
- H. Đăng Chính Sách của Bệnh Viện MHS. Mỗi bệnh viện MHS phải đăng tải rõ ràng và dễ thấy chính sách của mình dành cho bệnh nhân đủ điều kiện tài chính và tự chi trả ở những địa điểm mà công chúng có thể nhìn thấy, bao gồm nhưng không giới hạn ở khoa cấp cứu, văn phòng thanh toán và tiếp nhận cũng như các cơ sở ngoại trú khác, bao gồm cả các đơn vị quan sát.
- I. Nhận Bản Sao Chính Sách và Tài Liệu Đính Kèm A. Chính Sách này và Tài Liệu Đính Kèm A được hiển thị nổi bật trên trang web của mỗi bệnh viện MHS tại [www.memorialcare.org/guides- tools/financial-assistance](http://www.memorialcare.org/guides-tools/financial-assistance). Bệnh nhân cũng có thể gọi đến hoặc ghé Phòng Tiếp Nhận Bệnh Nhân tại bất kỳ bệnh viện nào của MHS hoặc liên hệ với đại diện của Patient Financial Services theo số điện thoại 877.323.0043 để yêu cầu một bản sao trên giấy miễn phí.

IV. TÀI LIỆU ĐÍNH KÈM A

Sau đây là danh sách các loại nhà cung cấp bên thứ ba thuộc diện điều chỉnh của chính sách này. Các loại nhà cung cấp không xuất hiện trong danh sách này và cung cấp dịch vụ chăm sóc cấp cứu hoặc cần thiết về mặt y tế *không* thuộc diện điều chỉnh của chính sách này, mặc dù họ có thể tùy ý tôn trọng chính sách này.

Các địa điểm MemorialCare	Nhà Cung Cấp Bên Thứ Ba Được Bảo Hiểm bởi Chính Sách #236
Long Beach Medical Center 2801 Atlantic Avenue Long Beach, CA 90806	Bác Sĩ Gây Mê Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh Bác Sĩ Chụp X quang Bác Sĩ Cấp Cứu Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Sơ Sinh Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Nhỏ Bác Sĩ Chụp Vú
Miller Children's & Women's Hospital Long Beach 2801 Atlantic Avenue Long Beach, CA 90806	Bác Sĩ Gây Mê Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh Bác Sĩ Chụp X quang Bác Sĩ Cấp Cứu Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Sơ Sinh Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Nhỏ
Orange Coast Medical Center 18111 Brookhurst Street Fountain Valley, CA 92708	Bác Sĩ Gây Mê Bác Sĩ Chụp X quang Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh Bác Sĩ Cấp Cứu Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Sơ Sinh Bác Sĩ Chụp Vú Bác Sĩ Phẫu Thuật Tim
Saddleback Medical Center 24451 Health Center Drive Laguna Hills, CA 92653	Bác Sĩ Giải Phẫu Bệnh Bác Sĩ Chăm Sóc Đặc Biệt Cho Trẻ Sơ Sinh Bác Sĩ Cấp Cứu Bác Sĩ Chụp Vú